

7. UWARUNKOWANIA SPOŁECZNE, W TYM PRAKTYKI RÓWNOŚCIOWE, JAKO DETERMINANTY STYLU ŻYCIA I SUBIEKTYWNEJ OCENY STANU ZDROWIA

Wstęp

Pojęcie zdrowia, zgodnie z obowiązującymi definicjami, ma wielowymiarowy charakter, w którym szczególne znaczenie z perspektywy socjologicznej można przypisać wymiarowi społecznemu zdrowia, utożsamianemu zwykle z dobrą jakością życia, satysfakcją z życia i społecznym dobrostanem (*well-being*). Rozpatrując dobrostan społeczny, nie sposób nie sięgnąć do uwarunkowań społeczno-kulturowych, wyznaczających określone scenariusze życia, które mogą przekładać się na pozytywne przystosowanie się jednostki do wyzwań i zadań życiowych, ale mogą również być źródłem stresu i zaburzeń stanu zdrowia. Po odwołaniu do ogólnej koncepcji, czym jest zdrowie, obok jego zdefiniowania w kategoriach „dobrostanu biologicznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko braku choroby” (WHO 1948), sięgnąć należy również do późniejszych ujęć tego pojęcia, utożsamiających zdrowie ze stanem pozwalającym na realizację zadań i aspiracji życiowych oraz dającym szansę adaptacji nie tylko do środowiska społeczno-kulturowego, w którym się żyje i funkcjonuje, lecz także do istotnych zmian zachodzących w tym środowisku. Tak rozumiane zdrowie oznacza możliwość jego określenia zarówno poprzez tradycyjny model medyczny, jak i odwołanie się do modelu biopsychospołecznego, odnoszącego się do subiektywnej oceny stanu zdrowia. W obu modelach szczególnego znaczenia nabierają uwarunkowania społeczno-kulturowe, wyznaczające samo pojęcie zdrowia, pojęcie bycia chorym i samoocenę jakości życia.

Wśród wielu determinantów zdrowia wskazywanie na rolę płci od lat zajmuje kluczową pozycję w analizach zmierzających nie tylko do zdiagnozowania stanu zdrowia, lecz także do określenia strategii przeciwdziałania negatywnym zmianom zdrowotnym.

Celem niniejszego rozdziału jest pokazanie różnych uwarunkowań subiektywnej oceny stanu zdrowia kobiet i mężczyzn w relacji do zróżnicowanej roli czynników społecznych, w tym praktyk równościowych. Postawiliśmy hipotezę, że odmienne uwarunkowania kulturowo-społeczne, w tym praktyki równościowe, obserwowane w różnych okresach życia nie tylko istotnie różnicują styl życia, lecz

także subiektywną ocenę stanu zdrowia kobiet i mężczyzn. Założyć zatem należy występowanie istotnej relacji pomiędzy stylem życia a subiektywnym postrzeganiem stanu zdrowia.

Nie sposób jednak analizować uzyskanych wyników polskich badań bez odwołania się do innych doświadczeń ukazujących kontekst europejski, a czasem ogólnosiwiatowy w odniesieniu do różnic między kobietami a mężczyznami, dotyczących wspomnianych tu relacji. W pierwszej kolejności omówione zostaną determinanty różnic w stanie zdrowia, aby na tym tle opisać wyniki ogólnopolskiego badania sondażowego zrealizowanego w roku 2015 w ramach projektu GEQ „Równość płci a jakość życia. Rola równości płci w rozwoju w Europie na przykładzie Polski i Norwegii”.

Determinanty różnic w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn

Judith Fuchs i Birgit Babitsch, podnosząc rolę badań naukowych prowadzonych w ramach Gender-Based Analysis (analiza w oparciu o płeć), wskazują, jak wiele różnorodnych koncepcji wykorzystywano dla wykazania znaczenia równości płci w działaniach i praktykach podejmowanych w poszczególnych krajach przez polityków społecznych, co nie zmienia faktu, że troska o politykę równości płci różniła się w nich znacząco (Fuchs i Babitsch 2006). W prowadzonych w ostatnich dekadach badaniach socjomedycznych oraz medycznych różnice w stanie zdrowia kobiet i mężczyzn w odniesieniu do wielu różnorodnych problemów zdrowotnych były nie tylko podkreślane, ale także szeroko analizowane. W analizach tych w poszukiwaniu przyczyn i zmian w stanie zdrowia sięgano do wieloczynnikowej etiologii wielu chorób (w której czynniki społeczne odgrywają niejednokrotnie znaczącą rolę). Odnoszono się również do oddziaływania odmiennych dla kobiet i mężczyzn społeczno-kulturowych uwarunkowań, doświadczanych przez nich na przestrzeni życia. Ujmowano je również z perspektywy podobnych lub odmiennych psychospołecznych konsekwencji wpływów społeczno-kulturowych w zależności od płci, przede wszystkim w odniesieniu do zmian w ogólnej jakości życia lub w jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia.

Uwzględnienie znaczenia płci w odniesieniu do występującego problemu zdrowotnego wymaga sięgnięcia do szerszych uwarunkowań i odwołania się do zasad funkcjonowania rodziny oraz gospodarstwa domowego, do kariery zawodowej, sieci relacji społecznych charakteryzujących kobiety i mężczyzn oraz wzajemnego przenikania się tych sieci, a także „społecznego scenariusza” przebiegu poszczególnych etapów życia, powiązanych z kulturowo nakreślonym procesem socjalizacji, nadal wyznaczającym odmienne wzory zachowań dla kobiet i mężczyzn. Tylko taki kontekst daje szansę uchwycenia całej złożoności czynników odpowiedzialnych za stan zdrowia kobiet i mężczyzn. Podobnie przy interpretacji wyników badań, zastosowanie podejścia skoncentrowanego na znaczeniu równości płci rodzi kolejne pytanie:

która płeć ma być normą odniesienia dla drugiej, tj. czy mężczyźni dla kobiet (co częściej się zdarza), czy też kobiety powinny stanowić normę odniesienia dla mężczyzn (Fuchs i Babitsch 2006; Power i Kuh 2006; Robles i Kiecolt-Glaser 2009).

Rola determinantów społecznych odpowiedzialnych za występowanie różnic w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami jest od lat osiemdziesiątych XX wieku przedmiotem zainteresowania i dociekań naukowych, podejmowanych w różnych krajach przez specjalistów z wielu dyscyplin naukowych. Przyczyną tego zainteresowania ze strony badaczy, często wywodzących się z odległych od siebie dziedzin (np. medycyny, demografii, psychologii, socjologii, ekonomii), stały się odnotowywane we wszystkich krajach rozwiniętych znaczące różnice w długości życia kobiet i mężczyzn, spowodowane m.in. przedwczesną umieralnością mężczyzn, prowadzące w konsekwencji do feminizacji wieku starszego. Intensywne badania, chociażby długofalowe obserwacje epidemiologiczne, ukierunkowane na poszukiwanie czynników ryzyka odpowiedzialnych za występowanie tych różnic, dowiodły, że sięganie wyłącznie do wyjaśnień odwołujących się do mechanizmów biologicznych jest niewystarczające, co skierowało uwagę badaczy na inne pozamedyczne determinanty, przede wszystkim na rolę zachowań związanych ze zdrowiem (Matthews i in. 1998). Konsekwencje chorób nowotworowych, chorób układu krążenia i innych chorób przewlekłych, a także ich leczenie w postaci interwencji medycznej o różnym charakterze w zależności od stosowanych w nich terapii, czy to farmakologicznych, czy chirurgicznych lub chemioterapii i radioterapii, wskazują również na odmienne zachowania w chorobie i na zróżnicowanie jakości życia kobiet i mężczyzn, którzy przeszli takie doświadczenia (Vlassoff 2007).

Ostatnie dekady przyniosły wiele istotnych badań, podejmowanych w celu wskazania roli czynników psychospołecznych i kulturowych warunkujących długość i jakość życia, koncentrujących się przede wszystkim na nierównościach w statusie społeczno-ekonomicznym kobiet i mężczyzn, na różnicach w pełnionych rolach społecznych, odmiennościach stylu życia, zasobach psychospołecznych, narażeniu na stresujące wydarzenia życiowe (np. ryzyko utraty pracy, rozpad rodziny), na wsparciu społecznym i włączeniu w sieci relacji społecznych. Wymienione odmienności, niejednokrotnie wzajemnie wewnętrznie powiązane, mogą w znaczący sposób wpływać zarówno na obiektywny stan zdrowia kobiet i mężczyzn, jak i na subiektywną percepcję stanu zdrowia (Bosma 2006; Brown, Ni Bhrolchain i Harris 2005; Cooper 2005).

Sara Arber i Hilary Thomas, podejmując w swojej pracy zatytułowanej *From Women's Health to a Gender Analysis of Health* (2001) rozważania o uwarunkowaniach zdrowia kobiet i mężczyzn, zwracają uwagę przede wszystkim na pełnione role społeczne w określonych warunkach socjalnych, kulturowych i ekonomicznych, decydujących o sytuacji życiowej, z równoczesnym uwzględnieniem zmian w zakresie tradycyjnych podziałów zadań pomiędzy kobietami a mężczyznami, które dokonały się w ostatnich latach w pełnionych rolach zawodowych oraz rodzinnych (Arber i Thomas 2001). Obserwacje dotyczące przebiegu poszczególnych etapów życia dowodzą,

że kobiety narażone są na więcej psychologicznie stresujących sytuacji życiowych, natomiast mężczyźni częściej doświadczają zmian w stanie zdrowia fizycznego w wyniku częstego zaangażowania w pracę zawodową w szkodliwych warunkach, a także bardziej antyzdrowotnego stylu życia, związanego niejednokrotnie z czynnikami ryzyka chorób kończących się zgonem (Tobiasz-Adamczyk 2007; Tobiasz-Adamczyk i in. 2017; Power i Kuh 2006).

Sara Arber, wybitna brytyjska socjolożka medycyny, jedna z prekursorów badań nad zdrowiem kobiet, do czynników warunkujących ich zdrowie zalicza:

- 1) pozycję na rynku pracy, wyznaczoną poprzez wykształcenie, kwalifikacje i pozycję zawodową, która decyduje o zatrudnieniu lub ryzyku utraty pracy;
- 2) role rodzinne związane ze stanem cywilnym i pozycją rodzica, ale w istotny sposób wyznaczone również przez pozycję zawodową i zatrudnienie;
- 3) warunki materialne i warunki zamieszkania (zależne od pozycji na rynku pracy), do których należą: wyposażenie mieszkania, posiadanie samochodu, dochód, majątek osobisty oraz – jeśli kobieta ma męża/partnera – również jego zasoby materialne;
- 4) pozycję męża/partnera na rynku pracy, stan zatrudnienia, pozycję zawodową, wykształcenie, kwalifikacje;
- 5) włączenie męża/partnera w role rodzinne, prace domowe (ten współdział jest zależny od jego pozycji zawodowej, wykształcenia i kwalifikacji) (Arber 1997).

Społeczne uwarunkowania różnic w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami rozpatrywane są w ostatnich latach z perspektywy przebiegu poszczególnych okresów życia, od dzieciństwa aż do wieku starszego. Z analiz tych wynika zainteresowanie determinantami wychodzącymi poza zakres tych tradycyjnych, do których zwykle się odwoływano. Te nowe to chociażby akceptacja swojego ciała w okresie dzieciństwa i adolescencji; waga ciała; włączanie się w aktywność fizyczną lub uzasadnianie braku takiej aktywności z powodu ograniczeń czasowych. Duże znaczenie przypisuje się narażeniu na różne formy przemocy – szczególnie u młodych kobiet z racji zwiększonego ryzyka narażenia na przemoc seksualną (Walby i Allen 2004).

Wśród uwarunkowań zdrowotnych, które pochodzą z okresu dzieciństwa kobiet, wymienia się: wykształcenie rodziców, dochód i warunki gospodarstwa domowego oraz własne wykształcenie w okresie dzieciństwa i wczesnej młodości. W okresie aktywnego zawodowo życia zdrowie kobiet wyznaczone jest przez przynależność do klasy/warstwy społecznej, życiowe doświadczenia: zatrudnienie (najdłuższe i ostatnie), narażenie na utratę pracy, pozostawanie bezrobotną, wysokość dochodu (dynamika dochodów w czasie), bogactwo, deprywację materialną (zmiany w czasie), warunki gospodarstwa domowego (zmiany w czasie), status społeczno-ekonomiczny partnera (zmiany w czasie), posiadane zasoby w momencie zakładania rodziny. W okresie przejścia na emeryturę do czynników warunkujących stan zdrowia kobiet zalicza się stopień zamożności lub deprywacji, warunki miejsca zamieszkania, a także zasoby materialne przekazywane młodszym generacjom w momencie śmierci.

Badania pokazały, że kobiety charakteryzują się gorszym stanem zdrowia, szczególnie w starszym wieku, niemniej mężczyźni częściej zapadają na choroby kończące się zgonem (Verbrugge 1985). Różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami w odniesieniu do stanu zdrowia wynikają z odmiennych strukturalnie kontekstów (status społeczno-ekonomiczny, wiek, wsparcie społeczne, organizacja życia rodzinnego), a także wspomnianej już zróżnicowanej ekspozycji na szkodliwe czynniki związane z aktywnością zawodową oraz antyzdrowotny styl życia. W średnim wieku rozwody są najczęściej występującym stresującym wydarzeniem dotyczącym kobiet.

Większość kobiet ma niższe dochody niż mężczyźni, co wpływać może na odmiennie poczucie autonomii, możliwości podejmowania samodzielnych decyzji przesądzających o zajmowanych pozycjach społecznych i prestiżu zawodowym. Dotychczasowe badania (Tobiasz-Adamczyk 2007; Tobiasz-Adamczyk i in. 2017) jednoznacznie dowodzą, że odmienności w statusie społeczno-ekonomicznym i związane z nimi nierówności społeczne są jednym z najważniejszych wyznaczników stanu zdrowia i ryzyka przedwczesnego zgonu. Niższy status społeczno-ekonomiczny, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn, jest ściśle związany z antyzdrowotnym stylem życia (tj. paleniem papierosów, stresem, złymi zwyczajami żywieniowymi, brakiem aktywności fizycznej), a te czynniki ryzyka nie tylko odgrywają kluczową rolę w zapadnięciu na choroby układu krążenia, lecz także niezmiennie lub niezmodyfikowane w trakcie procesu chorobowego decydują niejednokrotnie o zaprzepaszczonej szansie wyleczenia lub zahamowania postępu negatywnych zmian w stanie zdrowia (Tobiasz-Adamczyk, Brzyski i Bajka 2004; Tobiasz-Adamczyk 2007).

Margaret Denton wraz ze współpracownikami (2004) dowiedli, że kobiety bardziej ulegają wpływom wynikającym ze strukturalnych i psychospołecznych determinantów, takich jak stres czy niska samoocena, podczas gdy stan zdrowia mężczyzn jest przede wszystkim konsekwencją antyzdrowotnych zachowań, tj. palenia tytoniu, nadużywania alkoholu i braku aktywności fizycznej (za: von Bothmer i Fridlund 2005).

W ocenie stanu zdrowia kobiet szczególne znaczenie przypisuje się ich funkcji prokreacyjnej, związanej ze zdrowiem reprodukcyjnym, zdrowiu w okresie ciąży i porożu, a także ryzyku zachorowania na choroby przenoszone drogą kontaktów seksualnych, ryzyku raka piersi lub szyjki macicy (niejednokrotnie również w kontekście rodzinnej historii tych chorób), stosowaniu antykoncepcji, trudnościom lub niepowodzeniom w zaiscieniu w ciąży aż do sięgania po metodę *in vitro* (Berkowitz i Daling 2000).

W wielu krajach niższy status społeczny kobiet wyraźnie uwidacznia się w reakcjach społecznych dotyczących zachorowania na stygmatyzujące choroby, takie jak AIDS, gruźlica lub zaburzenia psychiczne. Jakkolwiek osoby chorujące na te choroby bez względu na płeć doznają dyskryminacji społecznej, to jednak chore kobiety są bardziej społecznie marginalizowane (Power i Kuh 2006).

Różnice w pełnionych rolach społecznych (w tym zawodowych), w szeroko rozumianym stylu życia i zróżnicowane narażenie na stresujące wydarzenia życiowe,

przy odmiennych źródłach wsparcia społecznego, wskazywane są jako przyczyny zróżnicowanej podatności na ryzyko negatywnych zmian w stanie zdrowia, a także odmiennego przebiegu pokonywania choroby i jej konsekwencji.

Szczególnie w odniesieniu do zagrożeń związanych z najczęściej występującymi chorobami, czyli układu krążenia, dotychczasowe badania jednoznacznie potwierdziły istotną zależność pomiędzy statusem społeczno-ekonomicznym a ryzykiem zachorowania, co oznacza, że zapadalność na te choroby jest wyższa u kobiet o niższym statusie społeczno-ekonomicznym.

Płeć w istotny sposób wpływa na relacje pomiędzy zdrowiem psychicznym a fizycznym z perspektywy przebiegu poszczególnych faz życia (Needham i Hill 2010; Power i Kuh 2006). Depresja dwukrotnie częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn, przy czym nie wszystkie kobiety otrzymują profesjonalną pomoc w stanach depresyjnych.

Carol Vlassoff, dokonując przeglądu dotychczas opublikowanych badań dotyczących różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami, zauważa pozytywną relację pomiędzy poziomem wykształcenia matek, domową autonomią a sposobem odżywiania ich dzieci, tj. jeżeli pozytywne uwarunkowania występują w takich przypadkach, nie ma różnic we wzorach żywieniowych obserwowanych u dziewcząt i chłopców. Natomiast w krajach bardzo biednych zdarzają się przypadki, że w dzieciństwie przede wszystkim dziewczęta są ofiarami gorszego odżywiania w porównaniu do chłopców (Vlassoff 2007).

Szczególnego znaczenia nabiera przebieg procesu socjalizacji pierwotnej, kiedy to nabywane są doświadczenia związane z praktykami równościowymi w rodzinie (równym traktowaniem dzieci bez względu na płeć), te zaś wywierają mogący znaczący wpływ na dalsze etapy życia kobiet i mężczyzn. Wśród wyborów kształtowanych w okresie dzieciństwa zachowania związane ze stylem życia mogą w dalszych okresach życia warunkować samooceny stanu zdrowia, ogólną ocenę jakości życia lub poszczególne jej wymiary.

Samoocena stanu zdrowia u kobiet i mężczyzn

W ostatnich dekadach subiektywna ocena stanu zdrowia doczekała się licznych rozważań teoretycznych, koncentrujących się przede wszystkim na odpowiedzi na pytanie, czy ta ocena jest stabilna, czy też zależy od chwilowego nastroju lub cech osobowości, oraz na próbie wyjaśnienia zróżnicowanych uwarunkowań wpływających na jej formowanie się i utrzymywanie się przez dłuższy bądź krótszy czas. Poszukiwanie przyczyn różnic w samoocenach stanu zdrowia dokonywanych przez kobiety i mężczyzn przynosiło niejednokrotnie niejednoznaczne wyniki. Jednym z najczęściej podejmowanych kierunków badań było poszukiwanie zależności pomiędzy samoocenami stanu zdrowia a ryzykiem zgonu kobiet i mężczyzn. Zależność ta dotyczyła przede wszystkim osób oceniających swój stan zdrowia jako zły lub bardzo

zły, niemniej ze znacznie większej liczby badań wynika, że relacja ta jest bardziej znacząca dla mężczyzn niż dla kobiet (Benyamini i in. 2003).

Przez długi okres potwierdzano istotne różnice w samoocenie stanu zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami; zwykle kobiety charakteryzowały się gorszymi samoocenami zdrowia. Wyniki pochodzące z ostatnich lat nie potwierdzają jednak różnic w subiektywnej ocenie stanu zdrowia w zależności od płci (Arber i Thomas 2001; Tobiasz-Adamczyk, Brzyski i Bajka 2004; Tobiasz-Adamczyk 2011). Rezultaty badań pokazują jednak wyraźną relację pomiędzy pozycją zawodową kobiet a ich subiektywną oceną stanu zdrowia: kobiety o niższym statusie zawodowym mają tendencję do gorszych samoocen zdrowia, jednak ten gradient jest znacznie słabszy niż u mężczyzn.

W dotychczasowych badaniach samoocena stanu zdrowia była zwykle sprawdzana za pomocą różnych metod, m.in. za pomocą takich pytań: „Jak ocenia Pani/Pan swój obecny stan zdrowia?”, a odpowiedzi na to pytanie umieszczano na skali według *continuum* – od oceny: „stan zdrowia doskonały/bardzo dobry”, poprzez ocenę „stan zdrowia dobry”, „stan średni”, „ani dobry, ani zły” „stan zdrowia raczej zły” i „bardzo zły”. Inną metodą uzyskiwania informacji o subiektywnej ocenie stanu zdrowia jest odwołanie się samooceny własnego stanu zdrowia poprzez porównanie ze zdrowiem rówieśników („zdecydowanie lepsze, lepsze, takie samo, raczej gorsze, zdecydowanie gorsze, nie umiem określić”) lub poprzez porównanie obecnego stanu zdrowia ze zdrowiem z wcześniejszych okresów życia (sprzed miesiąca, roku, pięciu lat itd.).

W prezentowanym badaniu GEQ posłużyliśmy się zupełnie inną metodą, odwołując się do pytania o stopień zadowolenia z własnego zdrowia. Pytałyśmy respondentów, czy są zadowoleni ze swojego stanu zdrowia, a jeśli tak, to w jakim stopniu: „zdecydowanie zadowolona”, „raczej zadowolona”, „ani niezadowolona, ani zadowolona”, „raczej niezadowolona”, „zdecydowanie niezadowolona”.

W prowadzonych do tej pory badaniach nad uwarunkowaniami subiektywnej oceny stanu zdrowia nie podnoszono kwestii związanych z równością płci. W badaniu GEQ podjęliśmy próbę przeanalizowania, obok tradycyjnie uwzględnianych determinantów samooceny stanu zdrowia, również kwestii związanych z równością płci.

Wyniki badań

Zadowolenie ze zdrowia u kobiet i mężczyzn oraz jego uwarunkowania

Większość badanych potwierdziła w swojej ocenie, że są osobami „raczej zadowolonymi ze swojego stanu zdrowia” (56,2%), oceny zdecydowanie negatywne dotyczyły niewielkiego odsetka badanych (2,5%), natomiast „raczej niezadowolonych ze stanu zdrowia” było 7,8% respondentów. Oceny wskazujące na zdecydowane zadowolenie ze stanu zdrowia dotyczyły 19,2% badanych. Podkreślić należy zaobserwowanie

istotnych różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami wyrażającymi niezadowolenie ze swojego stanu zdrowia – dotyczyło to w większym stopniu kobiet (26,7%) niż mężczyzn (21,2%). Niezadowolone ze stanu zdrowia pozostawało w relacji ze wskazywanym przez badanych ograniczeniem zdolności wykonywania zwykłych czynności z powodu problemów zdrowotnych; sytuacja ta częściej dotyczyła kobiet (16%) niż mężczyzn (12,1%).

Ograniczenia funkcjonalne wynikające z problemów zdrowotnych (niepełnosprawności lub choroby przewlekłej, powodującej ograniczoną zdolność wykonywania zwykłych czynności, takich jak nauka w szkole, praca zawodowa, prowadzenie gospodarstwa domowego, samoobsługa) trwające 6 miesięcy lub dłużej były podstawą różnic w ocenach dokonywanych przez kobiety i mężczyzn. Nieco więcej kobiet (16,0%) w porównaniu z mężczyznami (12,1%) potwierdziło te znaczące ograniczenia w codziennej aktywności. Natomiast niezadowolenie z własnego zdrowia nie było istotnie zależne zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet od występowania u nich ograniczonej zdolności wykonywania zwykłych czynności z powodu problemów zdrowotnych i nie miało istotnego wpływu na korzystanie ze zwolnień lekarskich.

Skala zadowolenia ze stanu własnego zdrowia była istotnie zależna od poziomu wykształcenia kobiet i mężczyzn: najwyższy odsetek zadowolonych z własnego zdrowia był wśród osób z wykształceniem średnim lub policealnym (42,3% kobiet i 39,4% mężczyzn), natomiast wśród respondentów niezadowolonych ze swojego zdrowia przeważali mężczyźni z wykształceniem zawodowym (37,3%) oraz z wykształceniem najniższym (30,7%). Relacje pomiędzy poziomem wykształcenia a stopniem niezadowolenia ze swego zdrowia u kobiet obserwowane były przede wszystkim wśród tych z najniższym poziomem wykształcenia (33,5%) oraz z wykształceniem średnim lub policealnym. Należy zwrócić uwagę na fakt, że 11,5% kobiet i 9,2% mężczyzn z wykształceniem wyższym wyraziło niezadowolenie ze swego stanu zdrowia.

Wyniki pokazały również zróżnicowanie stopnia zadowolenia ze swego zdrowia wśród samych kobiet: u kobiet z wykształceniem średnim lub policealnym w porównaniu do kobiet o innym poziomie wykształcenia wystąpił zarówno najwyższy odsetek zadowolonych, jak i niezadowolonych z własnego zdrowia. Nie sposób jednak nie zaznaczyć, że stopień zadowolenia lub niezadowolenia ze stanu zdrowia wyrażany przez badane i badanych o różnym poziomie wykształcenia mógł być zależny od ich odmiennych kryteriów oceny oraz zróżnicowanych oczekiwań i wyobrażeń o zdrowiu.

Zarówno kobiety (62,7%), jak i mężczyźni (53%) charakteryzujący się najniższymi dochodami (tj. poniżej 1500 złotych miesięcznego dochodu netto) wyrażali swoje niezadowolenie ze stanu zdrowia. Wśród osób niezadowolonych było 33,6% mężczyzn i 24,4% kobiet pracujących najemnie, a tylko 4,6% mężczyzn i 1,9% kobiet pracujących na własny rachunek. Stan cywilny również istotnie wpływał na analizowaną zależność – wśród osób żyjących poza związkiem niezadowolenie ze swego zdrowia wyrażało 58,6% kobiet i 51,0% mężczyzn.

Próbując określić relację pomiędzy praktykami równościowymi a stopniem zadowolenia z własnego zdrowia, wykazałyśmy, że indeks praktyk równościowych w odniesieniu do prac domowych różnicował istotnie respondentów zadowolonych ze swojego zdrowia (mediana = 15 dla mężczyzn i 14 dla kobiet). Zadowolenie ze stanu zdrowia zależne od praktyk równościowych (decyzje i prace domowe) różniło istotnie mężczyzn (mediana 24) od kobiet (mediana 23). Indeks tradycyjnej formacji płci istotnie wpływał na stopień zadowolenia ze stanu zdrowia zarówno badanych kobiet, jak i mężczyzn.

W modelu regresji logistycznej (zob. tabele 7.1a, 7.1b) wykazałyśmy, że niezależnymi predyktorami zadowolenia z własnego stanu zdrowia u mężczyzn okazały się praktyki równościowe (dotyczące podejmowania decyzji i podziału prac domowych) oraz wychowanie w dzieciństwie w równościowym domu. Postawy prorównościowe były również czynnikiem warunkującym zadowolenie z własnego zdrowia badanych kobiet.

Tabela 7.1. Praktyki równościowe jako predyktory zadowolenia ze stanu zdrowia
a. na podstawie wieloczynnikowych modeli regresji logistycznej, przy standaryzacji ze względu na wiek

	p	ISz	95% PU	
Praktyki równościowe – decyzje	0,010	0,488*	0,283	0,841
Płeć	0,124	0,090	0,004	1,940
Praktyki równościowe – decyzje* płeć (interakcja)	0,088	1,335	0,958	1,860
Praktyki równościowe – prace domowe	0,099	0,837	0,678	1,034
Płeć	0,534	0,582	0,105	3,211
Praktyki równościowe – prace domowe* płeć	0,329	1,066	0,938	1,211
Praktyki równościowe – decyzje i prace	0,054	0,814	0,660	1,004
Płeć	0,295	0,218	0,013	3,774
Praktyki równościowe – decyzje i prace* płeć	0,244	1,077	0,950	1,221
Postawy prorównościowe	0,218	0,860	0,678	1,093
Płeć	0,990	1,017	0,083	12,449
Postawy prorównościowe* płeć	0,837	1,015	0,881	1,169
Tradycyjna formacja płci	0,000	3,507*	1,874	6,563
Płeć	0,000	6,888*	2,473	19,18
Tradycyjna formacja płci* płeć	0,001	0,536*	0,371	0,775
Równość płci w dzieciństwie – postawy	0,005	0,430*	0,239	0,772
Płeć	0,213	0,401	0,096	1,686
Równość płci w dzieciństwie – postawy* płeć	0,060	1,392	0,986	1,965

* wyniki istotne statystycznie

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GEQ 2015.

b. na podstawie modeli jednoczynnikowych dla mężczyzn i kobiet, przy standaryzacji ze względu na wiek

	Mężczyźni				Kobiety			
	p	ISz	95% PU		p	ISz	95% PU	
Praktyki równościowe – decyzje	0,001	0,642*	0,499	0,826	0,194	0,864	0,694	1,077
Praktyki równościowe – prace domowe	0,014	0,879*	0,792	0,974	0,238	0,950	0,872	1,035
Praktyki równościowe – decyzje i prace	0,005	0,864*	0,781	0,957	0,136	0,941	0,868	1,019
Postawy prorównościowe	0,021	0,877*	0,784	0,981	0,008	0,889*	0,814	0,970
Tradycyjna formacja płci	0,000	1,858*	1,362	2,536	0,903	0,985	0,773	1,255
Równość płci w dzieciństwie – postawy	0,000	0,580*	0,437	0,771	0,064	0,822	0,668	1,012

* wyniki istotne statystycznie

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GEQ 2015.

Doświadczenia związane z praktykami równościowymi miały istotne znaczenie dla oceny stanu zdrowia u mężczyzn, nie miały natomiast istotnego znaczenia dla kobiet.

Wskaźniki samopoczucia psychicznego

Za wskaźniki decydujące o zdrowiu i samopoczuciu psychicznym (*well-being*) w badaniu GEQ uznaliśmy poczucie wyobcowania/alienacji z grupy koleżeńskiej, wolę (lub jej brak) podejmowania ryzyka oraz samoocenę stopnia agresywności i zestresowania. Obok pytań o samoocenę odczuwanego stresu, agresji oraz gotowości do podejmowania ryzyka w kwestionariuszu zadano pytanie o to, czy respondent/respondentka przebywając z kolegami (koleżankami) tej samej płci, miewa poczucie, że do nich nie pasuje, oczekując odpowiedzi według czterostopniowej skali.

Jak pokazały przeprowadzone analizy, płeć istotnie różnicowała poczucie niedopasowania do grupy koleżeńskiej złożonej z przedstawicieli/przedstawicielek tej samej co respondent/respondentka płci: 20,4% mężczyzn i 24,8% kobiet zadeklarowało występowanie poczucia wyobcowania w grupie kolegów/koleżanek. Nie zaobserwowaliśmy istotnych statystycznie różnic między kobietami a mężczyznami w samoocenie częstości narażenia na stres – ze stwierdzeniem: „Często jestem zestresowany/zestresowana” zgodziło się 37,3% mężczyzn i 42,4% kobiet, a za „bardziej agresywnych/agresywne, niżby tego chcieli/chciały” uważało się 19,8% mężczyzn i 19,4% kobiet. Gotowość podejmowania ryzyka, aby osiągnąć cele życiowe, deklarowało 58,5% mężczyzn i 53,9% kobiet.

Nie potwierdziłyśmy istotnego związku pomiędzy poczuciem zestresowania, przejawianiem agresji, poczuciem wyobcowania z grupy koleżeńskej, gotowością podejmowania ryzyka dla osiągnięcia tego, co chce się osiągnąć w życiu a stopniem zadowolenia lub niezadowolenia z własnego zdrowia.

Dalsze analizy poszukujące związku między wymienionymi zmiennymi dotyczącymi zdrowia psychicznego, uwzględniające obok płci również sytuację zawodową respondentów/respondentek, wskazują na istnienie istotnych statystycznie różnic między kobietami a mężczyznami. Osoby pracujące najemnie, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, częściej potwierdzały zestresowanie (44,6% pracujących najemnie mężczyzn w porównaniu do 28,4% niepracujących najemnie). Podobnie 46,7% pracujących najemnie kobiet (w porównaniu do 39,2% niepracujących najemnie) potwierdziło częste odczuwanie stresu. Charakter wykonywanej pracy nie był istotnie związany z odczuwaną agresją. Osoby pracujące najemnie nieznacznie częściej wskazywały, że są agresywne (21,8%), w porównaniu do osób niepracujących najemnie (17,5%). Pracownicy najemni chętniej podejmowali ryzyko: 64,7% mężczyzn pracujących najemnie vs. 50,8% niepracujących najemnie oraz 59,5% kobiet pracujących najemnie w porównaniu do prawie 49,6% niepracujących najemnie deklarowało gotowość podejmowania ryzyka, aby uzyskać to, czego chcą od życia. Pracujące najemnie kobiety nieznacznie częściej przyznawały, że mają poczucie niedopasowania do koleżanek (takie stwierdzenie dotyczyło 28,4% pracujących najemnie w porównaniu do 22,1% respondentek niepracujących najemnie).

Kobiety pracujące na własny rachunek (poza rolnictwem) były bardziej skłonne podejmować ryzyko (76,9%) w porównaniu z kobietami niepracującymi na własny rachunek (53%). Takich zależności nie zaobserwowaliśmy w grupie mężczyzn. Mężczyźni pracujący na własny rachunek (poza rolnictwem) rzadziej mieli poczucie niedopasowania do kolegów (tylko 5,9% wskazań) w porównaniu do mężczyzn niepracujących na własny rachunek (21,5%), natomiast w grupie kobiet nie zaobserwowaliśmy takich istotnych statystycznie zależności.

Osoby bezrobotne (zarówno mężczyźni, jak i kobiety) miały większą skłonność do podejmowania ryzyka: takie wskazanie dotyczyło 82,9% bezrobotnych mężczyzn (w porównaniu do 57,2% spośród tych, którzy mieli pracę). Równocześnie 73,9% bezrobotnych kobiet (w porównaniu do 52,5% kobiet pracujących) deklarowało gotowość do podejmowania ryzyka, aby osiągnąć dany cel w życiu. Bezrobotni mężczyźni i kobiety częściej wskazywali na poczucie niedopasowania do kolegów/koleżanek tej samej płci: 34,3% bezrobotnych mężczyzn (vs. 20,4% mających pracę) oraz prawie 37,7% bezrobotnych kobiet (vs. 23,9% pracujących) potwierdziło, że czasami przebywając z kolegami/koleżankami, ma poczucie braku dopasowania do grupy.

Uzyskane dane świadczą z jednej strony o gotowości osób bezrobotnych (tak mężczyzn, jak i kobiet) do wyjścia (znalezienia rozwiązania) z ich dotychczasowej sytuacji życiowej, z drugiej jednakże strony dowodzą, że pozostawanie osobą bezrobotną stwarza bariery w relacjach społecznych. Odczuwanie poczucia niedopasowania

do grupy rówieśniczej może być wyrazem ich przekonania o wykluczeniu społecznym i dyskryminacji, a brak pracy stanowić istotną barierę w budowaniu relacji społecznych pomiędzy niemającymi pracy a zatrudnionymi.

Płeć a styl życia

Anthony Giddens definiuje styl życia jako zespół praktyk podejmowanych przez jednostkę nie ze względu na ich użyteczność, ale również dlatego, że nadają „materialny kształt poszczególnym narracjom tożsamościowym” (Giddens 2010). Style życia to zrutyinizowane praktyki, które podlegają refleksji i mogą ulegać zmianom ze względu na zmienność tożsamości indywidualnej. Antonina Ostrowska (1999) stwierdza, że „wybory stylu życia poddane są różnym presjom zewnętrznym w stosunku do jednostek (choćby presji czynników ekonomicznych), muszą one tych wyborów dokonywać, a te z kolei stanowią o ich przynależności do określonych grup społecznych i identyfikacji z nimi. Przy ogromnej liczbie istniejących możliwości wyboru styl życia – na który składają się codzienne rutynowe praktyki i preferencje z nimi związane – stanowi pewien schemat organizujący życie jednostek, ujmując je w pewne wzorce i prawidłowości” (Ostrowska 1999: 22).

Styl życia jest jednym z najważniejszych współcześnie determinantów stanu zdrowia (obok statusu społeczno-ekonomicznego i wpływów środowiska fizycznego). Inicjacja zachowań antyzdrowotnych (palenie papierosów, picie alkoholu, zbyt wczesne rozpoczęcie życia seksualnego, branie narkotyków, niepodjęcie/rezygnacja z aktywności fizycznej) niejednokrotnie wiąże się z budowaniem poczucia własnej wartości, obrazu własnej osoby, a zaburzenia odżywiania w postaci anoreksji lub bulimii są działaniami związanymi z dążeniem do osiągnięcia kulturowych standardów piękna. Zachowania zdrowotne podejmowane w okresie adolescencji mają znaczący wpływ na styl życia w wieku dorosłym.

Styl życia w badaniu GEQ ocenialiśmy na podstawie listy stwierdzeń dotyczących spożywania alkoholu, palenia tytoniu, podejmowania regularnej aktywności fizycznej oraz zgłaszania się do lekarza w razie dostrzeżenia u siebie objawów chorobowych. Respondenci ustosunkowywali się do tych stwierdzeń, korzystając z czterostopniowej skali.

Płeć istotnie różnicowała takie praktyki związane ze stylem życia, jak spożywanie alkoholu, palenie tytoniu oraz korzystanie z porady lekarza w razie dostrzeżenia u siebie objawów chorobowych (tabela 7.2). Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni deklarowały, że zdecydowanie ograniczają spożywanie alkoholu (53,7% kobiet w porównaniu do 32,4% mężczyzn) oraz palenie papierosów (60% kobiet vs. 48,5% mężczyzn). Płeć różnicowała też zachowania w przypadku choroby: 65,7% kobiet i 56,7% mężczyzn wskazało, że korzysta z wizyty u lekarza natychmiast, kiedy tylko dostrzeże u siebie objawy chorobowe (suma odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”).

Uzyskane wyniki są zgodne potwierdzonymi danymi pochodzącymi z innych badań, jakkolwiek pozostaje niepokojąco duży odsetek kobiet i mężczyzn palących papierosy, biorąc pod uwagę konsekwencje zdrowotne tej używki. Wszystkie dotychczasowe badania pokazują, że kobiety szybciej i częściej zgłaszają się do lekarza, co wynika z odmiennego w porównaniu do mężczyzn podchodzenia przez nie do zdrowia (Revell, Warburton i Wesnes 1985).

Tabela 7.2. Istotne statystycznie różnice między kobietami a mężczyznami w zakresie deklarowanych zachowań prozdrowotnych (w %)

		Zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	p
Ograniczam spożywanie alkoholu	Mężczyźni	32,4	38,9	14,4	14,3	0,000
	Kobiety	53,7	22,1	10,3	13,9	
Nie palę papierosów, tytoniu	Mężczyźni	48,5	16,2	15	20,4	0,000
	Kobiety	60	12,5	10,5	11,9	
Idę do lekarza, kiedy tylko dostrzegam u siebie objawy chorobowe	Mężczyźni	14,3	42,4	30,1	13,3	0,001
	Kobiety	20,1	45,6	22,9	11,4	

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GEQ 2015.

Nie zaobserwowaliśmy istotnych statystycznie różnic między kobietami a mężczyznami w podejmowaniu aktywności fizycznej (43% mężczyzn i 38% kobiet zadeklarowało, że stara się regularnie ćwiczyć/uprawiać sport). Wcześniejsze badania pokazały większe zaangażowanie mężczyzn niż kobiet w aktywność fizyczną; prezentowane analizy dowodzą, że większość zarówno kobiet, jak i mężczyzn nie jest aktywna fizycznie.

Styl życia a płeć i sytuacja zawodowa

Przeprowadzone analizy wskazują na istnienie różnic w stylu życia badanych osób w zależności od ich sytuacji zawodowej. Największy wpływ na styl życia miała praca wykonywana najemnie, a także praca na własny rachunek (w rolnictwie i poza) oraz status osoby bezrobotnej. Osoby pracujące najemnie rzadziej deklarowały ograniczanie spożywania alkoholu w porównaniu z niepracującymi najemnie; różnice były większe w grupie mężczyzn (64,8% pracowników najemnych i 79,6% niebędących pracownikami najemnymi ograniczało alkohol). W grupie kobiet 70,6% pracujących najemnie i 79,5% niepracujących najemnie ograniczało alkohol. Mężczyźni pracujący najemnie częściej palili papierosy w porównaniu z niepracującymi najemnie: 60,4% respondentów pracujących najemnie zadeklarowało, że nie pali papierosów

(vs. 69,6% niepalących wśród niepracujących najemnie). W grupie kobiet nie zaobserwowałyśmy takich istotnych statystycznie różnic. Pracujący najemnie mężczyźni rzadziej udawali się do lekarza w razie dostrzeżenia u siebie objawów chorobowych: w takim przypadku konsultowało się z lekarzem 49,2% pracowników najemnych i 65,6% nienajemnych. Nie zaobserwowałyśmy istotnych statystycznie różnic w grupie kobiet. Regularna aktywność fizyczna nie była również istotnie różnicowana tym, czy respondent/respondentka pracował/pracowała najemnie, czy nie.

Kobiety pracujące na własny rachunek (poza rolnictwem) częściej wykazywały się regularną aktywnością fizyczną – 57,7% kobiet pracujących na własny rachunek oraz 37,5% kobiet niepracujących na własny rachunek starało się regularnie ćwiczyć lub uprawiać sport. Nie zaobserwowałyśmy takich zależności w grupie mężczyzn. Wszyscy mężczyźni pracujący na własny rachunek (w rolnictwie) zadeklarowali, że ograniczają spożywanie alkoholu; zależność ta nie dotyczyła w sposób istotny kobiet.

Bezrobotne kobiety rzadziej deklarowały niepalenie tytoniu (52,8%) w porównaniu z kobietami, które miały pracę (w tej grupie 79,4% potwierdziło, że nie pali). Nie zaobserwowałyśmy istotnych statystycznie zależności w grupie mężczyzn. Palenie papierosów przez kobiety bezrobotne może być wyrazem stresu związanego z ich sytuacją życiową. Badania angielskie dowodzą, że palenie papierosów jest formą walki ze stresem (Bartley 2009; Siegrist i Theorell 2006; Steptoe 2006).

Zadowolenie ze stanu zdrowia a styl życia i równość płci

Podkreślić należy pewien związek między zachowaniami antyzdrowotnymi a stopniem niezadowolenia z własnego stanu zdrowia, jakkolwiek uzyskane wyniki pokazują, że osoby niezadowolone ze stanu zdrowia starały się ograniczać picie alkoholu (60,5% mężczyzn i 74,6% kobiet) oraz palenie papierosów (38,8% mężczyzn i 60,1% kobiet). Zdecydowana większość badanych, tak kobiet, jak i mężczyzn, niezadowolonych ze swojego stanu zdrowia potwierdziła, że w przypadku dostrzeżenia u siebie objawów chorobowych raczej udaje się do lekarza (38,2% mężczyzn i 43,6% kobiet) lub zdecydowanie tak postępuje (odpowiednio 17,4% i 21,8%).

Analizując wyniki sondażu GEQ, skupiłyśmy szczególną uwagę na badaniu związku między równością płci a elementami stylu życia i zadowolenia ze stanu zdrowia badanych mężczyzn i kobiet. Ocena równości płci odgrywała szczególną rolę w odniesieniu do stylu życia, zadowolenia ze zdrowia i niektórych elementów zdrowia psychicznego. Indeksy równości płci, które zastosowano w badaniu, oparto na skonstruowanych na potrzeby badania GEQL przeprowadzonego w Norwegii w 2007 roku (Holter, Svare i Egeland 2009), a następnie dopracowano na potrzeby polskiego badania GEQ 2015 (Krzaklewska, Holter i Brzyski w tym tomie).

Podkreślić należy, że każdy z badanych w projekcie GEQ indeksów różnicował styl życia i subiektywną ocenę stanu zdrowia badanych osób.

Indeks praktyk równościowych (wspólne podejmowanie decyzji): uzyskanie wyższej wartości na skali tego indeksu (świadczącej o większym natężeniu równościowych postaw, przejawiających się wspólnym podejmowaniem decyzji w związku) uzyskiwali ci respondenci/respondentki, którzy/które byli/byli aktywni/aktywne fizycznie (tj. zadeklarowali/deklarowały, że starają się regularnie ćwiczyć/uprawiać sport), w porównaniu z nieaktywnymi. Wyższy wskaźnik cechował również kobiety i mężczyźni zgłaszających się do lekarza po dostrzeżeniu u siebie objawów chorobowych oraz osoby nieodczuwające niedopasowania do kolegów/koleżanek tej samej płci. Mężczyźni wyrażający gotowość podejmowania ryzyka cechowali się niższymi wskaźnikami uzyskanymi na tym indeksie w stosunku do mężczyzn niedeklarujących takiej gotowości.

Indeks praktyk równościowych (podział prac domowych): wyższy wskaźnik na tym indeksie praktyk równościowych, świadczący o większym poziomie równości płci, cechował osoby (mężczyźni i kobiety) aktywne fizycznie. Wyższe wskaźniki uzyskiwały też kobiety deklarujące gotowość do podejmowania ryzyka oraz deklarujące niski poziom stresu.

Indeks postaw prorównościowych: w grupie ograniczającej spożywanie alkoholu, deklarującej podejmowanie regularnej aktywności fizycznej, gotowość do podjęcia ryzyka dla osiągnięcia ważnego celu oraz niski poziom agresywności wartości tego indeksu były wysokie i w grupie kobiet, i mężczyzn. Wyższe wartości indeksu cechowały też mężczyzn niepalących w porównaniu z palącymi.

Indeks dominacji mężczyzny w zasobach: wyższe wartości tego indeksu zaobserwowałyśmy u kobiet palących w porównaniu z niepalącymi, co oznacza, że dominacja mężczyzny w zasobach (będąca wyrazem nierównej dystrybucji zasobów w parze) powiązana jest z większym ryzykiem palenia tytoniu u kobiet.

Indeks tradycyjnej formacji płci: wyższy wskaźnik tego indeksu, świadczący o bardziej tradycyjnej formacji płciowej, cechował kobiety i mężczyzn nieaktywnych fizycznie (w porównaniu z deklarującymi regularną aktywność), a także u obu płci był powiązany z niezgłaszaniem się do lekarza w przypadku dostrzeżenia objawów chorobowych. Ponadto kobiety cechujące się bardziej tradycyjną formacją płciową spożywały więcej alkoholu, ale jednocześnie paliły mniej papierosów, deklarowały brak gotowości podejmowania ryzyka, niższy poziom/brak stresu i agresji, a także brak poczucia wyobcowania w grupach koleżanek. Wyższy wskaźnik na tym indeksie powiązany był również z wyższym poziomem stresu u mężczyzn.

Indeks równości płci w dzieciństwie: kobiety i mężczyźni wychowujący się w domach, w których była równość płci (tj. role nie były podzielone tradycyjnie, czyli wg płci, oboje rodzice brali udział w podejmowaniu decyzji), cechowali się aktywnością fizyczną w dorosłości. Mężczyźni uzyskujący wyższe wskaźniki na tym indeksie byli bardziej skłonni ograniczać spożywanie alkoholu oraz palenie papierosów w porównaniu z mężczyznami wychowywanymi w domach, w których nie było równości płci. Kobiety wychowywane w równościowych rodzinach wyrażały większą gotowość do podjęcia ryzyka.

Podsumowanie

Zarówno zadowolenie ze stanu swojego zdrowia, wskaźniki dobrostanu psychicznego, jak i styl życia są wielowymiarowymi konstruktami społecznymi. Przedstawione analizy przybliżają znaczenie wielu różnych uwarunkowań wyjaśniających różnice pomiędzy stanem zdrowia kobiet i mężczyzn, mimo iż nie zawsze osiągnęły one istotność statystyczną. Podkreślić należy, że jest to pierwsza tego typu analiza, w której podjęliśmy próbę określenia wpływu uwarunkowań związanych z równością płci na różne wymiary zdrowia i stylu życia.

Uzyskane wyniki pokazują korzystny wpływ praktyk równościowych przede wszystkim w odniesieniu do mężczyzn, pozytywnie warunkując zadowolenie z własnego zdrowia. Odmienne oceny poczucia identyfikacji z grupą koleżeńską przejawiane przez badanych (istotne różnice między kobietami a mężczyznami) mogą być konsekwencją, podkreślaną w literaturze (Verbrugge 1985), zróżnicowanych motywów interakcji społecznych podejmowanych przez kobiety i przez mężczyzn. Interesujące okazało się wskazanie relacji pomiędzy poczuciem zestresowania, stosowaniem używek a charakterem zatrudnienia lub pozostawianiem osobą bezrobotną. Charakter zatrudnienia wpływał także na gotowość podejmowania ryzyka dla osiągnięcia zamierzonego celu, przy tym, wbrew oczekiwaniom, nie dotyczyło to wyłącznie osób pracujących nienajemnie. Stres zawodowy ujawniany był przede wszystkim przez kobiety pracujące najemnie.

Podkreślić należy znaczenie praktyk równościowych dla takich elementów stylu życia, jak regularne uprawianie aktywności fizycznej przez mężczyzn i kobiety, co może wynikać z lepszej organizacji czasu w przypadku dzielenia się obowiązkami w związku i okazywania wzajemnego zrozumienia dla konieczności wygospodarowania wolnego czasu na aktywność fizyczną. Natomiast identyfikowanie się z tradycyjną formacją płciową powodowało brak aktywności fizycznej i niedbanie o własne zdrowie.

Przebywanie w środowisku charakteryzującym się dominacją mężczyzn wiązało się z większym ryzykiem palenia papierosów przez kobiety, a tę relację można tłumaczyć na dwa sposoby: jako próbę zaznaczenia własnej niezależności i nowoczesności (wskaźnik wyzwolenia) lub jako strategię pokonywania stresu wynikającego z takiego układu.

W rozdziale tym przedstawiliśmy na tle szerokiego kontekstu dotychczas prowadzonych badań wybrane elementy dotyczące zadowolenia ze zdrowia, wskaźniki zdrowia psychicznego oraz stylu życia badanych kobiet i mężczyzn w Polsce, dodatkowo odwołując się do szerszej charakterystyki badanych, obejmującej również wpływ zmiennych demograficzno-społecznych.

Bibliografia

- Arber, S. 1997. *Comparing Inequalities in Women's and Men's Health: Britain in the 1990s*. „Social Science & Medicine” nr 44, s. 773–787.
- Arber, S., Thomas, H. 2001. *From Women's Health to a Gender Analysis of Health*, w: W. Cockerham (red.). *The Blackwell Companion to Medical Sociology*. Malden, MA: Blackwell Publishers Ltd.
- Bartley, M. 2009. *Unemployment and Ill Health: Understanding the Relationship*, w: K. Pickett, R. Wilkinson (red.). *Health and Inequality. Tom II*. New York: Routledge.
- Benyamini, Y., Blumstein, T., Lusky, A., Modan, B. 2003. *Gender Differences in the Self-Rated Health-Mortality Association: Is It Poor Self-Rated Health That Predicts Mortality or Excellent Self-Rated Health That Predicts Survival?* „The Gerontologist” nr 43, s. 396–405.
- Berkowitz, G., Daling, J. 2000. *Reproductive Health*, w: M. Goldman, M. Hatch (red.). *Women and Health*. San Diego: Academic Press.
- Bosma, H. 2006. *Socio-Economic Differences in Health, Are Control Beliefs Fundamental Mediators?*, w: J. Siegrist, M. Marmot (red.). *Social Inequalities in Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Brown, G., Ni Bhrolchain, M., Harris, T. 2005. *Social Class and Psychiatric Disturbance among Women in an Urban Population*, w: G. Scambler (red.). *Medical Sociology: Major Themes in Health and Social Welfare. Tom II*. New York: Routledge.
- Cooper, H. 2005. *Investigating Socio-Economic Explanations for Gender and Ethnic Inequalities in Health*, w: G. Scambler (red.). *Medical Sociology: Major Themes in Health and Social Welfare. Tom II*. New York: Routledge.
- Denton, M., Prus, S., Walters, V. 2004. *Gender Differences in Health: A Canadian Study of the Psychosocial, Structural and Behavioural Determinants of Health*. „Social Science & Medicine” nr 58, s. 2585–2600.
- Fuchs, J., Babitsch, B. 2006. *Gender-Based Analysis: Concepts and Importance*, w: V. Lasch, W. Freitag, U. Sonntag (red.). *Gender, Health and Cultures: Networking for a Better Future for Women within an Enlarged Europe*. Kassel: Kassel University Press.
- Giddens, A. 2010. *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późniejszej nowoczesności*. Tłum. A. Szulżycka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Holter, Ø.G., Svare, H., Egeland, C. 2009. *Gender Equality and Quality of Life a Norwegian Perspective*. Oslo: NIKK.
- Matthews, S., Hertzman, C., Ostry, A., Power, C. 1998. *Gender, Work Roles and Psychosocial Work Characteristics as Determinants of Health*. „Social Science & Medicine” nr 46, s. 1417–1424.
- Needham, B., Hill, T. 2010. *Do Gender Differences in Mental Health Contribute to Gender Differences in Physical Health?* „Social Science & Medicine” nr 71 (8), s. 1472–1479.
- Ostrowska, A. 1999. *Styl życia a zdrowie – z zagadnień promocji zdrowia*. Warszawa: IFiS PAN.
- Power, C., Kuh, D. 2006. *Life Course Development of Unequal Health*, w: J. Siegrist, M. Marmot (red.). *Social Inequalities in Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Revell, A., Warburton, D., Wesnes, K. 1985. *Smoking as a Coping Strategy*. „Addictive Behaviors” nr 10, s. 209–224.
- Robles, T., Kiecolt-Glaser, J. 2009. *The Physiology of Marriage: Pathways to Health*, w: K. Pickett, R. Wilkinson (red.). *Health and Inequality. Tom II*. New York: Routledge.
- Siegrist, J., Theorell, T. 2006. *Socio-Economic Position and Health, the Role of Work and Employment*, w: J. Siegrist, M. Marmot (red.). *Social Inequalities in Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Stephoe, A. 2006. *Psychobiological Process Linking Socio-economic Position with Health*, w: J. Siegrist, M. Marmot (red.). *Social Inequalities in Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Tobiasz-Adamczyk, B. 2007. *Społeczne uwarunkowania chorób serca u kobiet*, w: P. Podolec (red.). *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki. Tom 1*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Tobiasz-Adamczyk, B. 2011. *Wybrane elementy stanu zdrowia starszych kobiet*, w: K. Slany, B. Kowalska, M. Ślusarczyk (red.). *Kalejdoskop genderowy. W drodze do poznania płci społeczno-kulturowej w Polsce*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Tobiasz-Adamczyk, B., Brzyski, P., Bajka, J. 2004. *Spoleczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego. Badania porównawcze*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Gałaś, A., Zawisza, K., Chatterji, S., Haro, J.M., Ayuso-Mateos, J.L., Koskinen, S., Leonardi, M. 2017. *Gender-Related Differences in the Multi-Pathway Effect of Social Determinants on Quality of Life in Older Age: The COURAGE in Europe Project*. „Quality of Life Research” nr 3, s. 1–14.
- Verbrugge, L. 1985. *Gender and Health: An Update on Hypotheses and Evidence*. „Journal of Health and Social Behavior” nr 26, s. 156–182.
- Vlassoff, C. 2007. *Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness*. „Journal of Health, Population and Nutrition” nr 25, s. 47–61.
- Von Bothmer, M., Fridlund, B. 2005. *Gender Differences in Health Habits and in Motivation for a Healthy Lifestyle among Swedish University Students*. „Nursing and Health Sciences” nr 7, s. 107–118.
- Walby, S., Allen, J. 2004. *Domestic Violence, Sexual Assault and Stalking: Findings from the British Crime Survey, Home Office Research, Development and Statistics Directorate*. Dostępne: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110218135832/http://rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs04/hors276.pdf>. Data dostępu: 1.03.2016.
- WHO. 1948. *Constitution of the World Health Organization*. Dostępne: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>. Data dostępu: 1.03.2016.